

symptoms [1]. Endovascular interventions lead to a decrease in the duration of hospitalization and a lower mortality rate [1].

Study results and discussion

In the absence of specific symptoms of CMI, a consensus of specialists (a vascular surgeon, a gastroenterologist, and a radiologist) is needed. The diagnosis is based on clinical manifestations, visualization and, if possible, assessment of signs of mucosal ischemia [4]. Development of an algorithm for early detection of CMI is urgently required.

Conclusions:

1. The main clinical manifestations of CMI are postprandial abdominal pain, weight loss, and abdominal bruit.
2. The variability of symptoms leads to late diagnosis.
3. Duplex ultrasonography is a screening method for CMI diagnostics.
4. Development of an algorithm for early detection of CMI is required.

References:

1. Bakhtiar, Ayesha et al. "Weight Loss: A Significant Cue To The Diagnosis of Chronic Mesenteric Ischemia." Cureus (2019).
2. Blauw, Juliëtte T M et al. "The Impact of Revascularisation on Quality of Life in Chronic Mesenteric Ischemia." Canadian journal of gastroenterology & hepatology (2019).
3. Costa, Andreu F et al. "Multidetector computed tomography of mesenteric ischaemia." Insights into Imaging (2014).
4. Dijk, Louisa J D van et al. "Clinical management of chronic mesenteric ischemia." United European gastroenterology journal (2019).
5. Mansukhani, Neel A. et al. "Impact of Body Mass Index on Outcomes after Mesenteric Revascularization for Chronic Mesenteric Ischemia." Annals of vascular surgery 48 (2017): 159-165.
6. Noord, Désirée van et al. "Diarrhoea caused by a stenosis of the coeliac artery: suggestive for mesenteric steal." BMJ case reports 2009 (2009): n. pag.

УДК 616.7

ПанкратоваЕ.М., ИсаковаА.П., ВишневаЕ.М., ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Pankratova E.M., Isakova A.P., Vishneva E.M. PECULIARITIES OF COMORBIDE STATES IN PATIENTS IN THE GROUP OF SERONEGATIVE SPONDYLOARTHRITIS

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: elizaveta_p2020@mail.ru

Аннотация. В статье проведено сравнение коморбидных состояний у пациенток с анкилозирующим спондилитом и псориатическим артритом, которые находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГКБ № 14 г. Екатеринбурга. Во время исследования учитывались такие критерии, как: длительность и активность основного заболевания, данные объективного осмотра, лабораторные и инструментальные данные, анамнез.

Annotation. The article compares comorbid conditions in patients with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis who were hospitalized in the therapeutic department of Clinical Hospital No. 14 in Yekaterinburg. During the study, criteria such as: duration and activity of the underlying disease, objective examination data, laboratory and instrumental data, and medical history were taken into account.

Ключевые слова: коморбидность, спондилоартрит, анкилозирующий артрит, псориатический артрит

Key words: comorbidity, spondylitis, ankylosing arthritis, psoriatic arthritis

Введение

Серонегативные спондилоартриты (СПА) – это группа заболеваний, для которых характерно вовлечение в воспалительный процесс крестцово-подвздошного сочленения, позвоночника, наличие периферического артрита, серонегативность по ревматоидному фактору, ассоциация с носительством HLAB27 антигеном, семейные случаи заболевания, нередкое развитие энтезитов и типичные внесуставные проявления. Одними из заболеваний, относящихся к СПА, являются: анкилозирующий спондилит (АС, болезнь Бехтерева), для которого является обязательным поражение КПС и/или позвоночника с частым вовлечением энтезисов, псориатический артрит (ПсА), при котором преимущественно поражаются дистальные межфаланговые суставы (МФС) кистей и стоп и не редко возникает поражение крупных суставов. [1, 6]

Согласно литературным данным, внесуставные проявления встречаются в 20-48% случаев Анкилозирующего спондилита (АС) и в 47-57,8% случаев у больных Псориатическим артритом (ПсА). При этом, при АС на первое место можно вынести артериальную гипертензию (АГ) (19%-59% случаев), и также часто встречаются гиперхолестеринемия (45%), поражение аорты и аортального клапана (13,3%-40%), увеит (10%-40%), ХБП (2,5%-25%), депрессия (16%). В свою очередь, при ПсА также лидирует АГ (38,2%-56%), гиперхолестеринемия (47,5%), депрессия (21,2%-35,9%), ожирение (16,5%-27,6%). [2,3,4,5,7,9] Данные состояния, могут иметь причинно-следственную связь с основным заболеванием (воспалительные заболевания кишечника, увеит, псориаз), могут возникать в

результате хронического воспаления (сердечно-сосудистые заболевания) и развиваться как осложнения лекарственной терапии (язвенная болезнь желудка и ДПК, остеопороз, почечная недостаточность). [8]

Внесуставные поражения при СПА снижают качество жизни пациентов и могут повлиять на течение и тактику терапии. Исходя из вышесказанного, мультидисциплинарный подход весьма приоритетен у пациентов в связи с высоким уровнем коморбидных состояний при АС и ПсА.

Цель исследования - выявление и сравнение коморбидных состояний у пациентов с ПсА и АС.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 2 пациентки на базе ГКБ № 14 г. Екатеринбурга, с подтвержденными диагнозами ПсА (по CASPAR) и АС (по Нью-Йоркским критериям).

У пациенток производились сбор анамнеза заболевания; объективное обследование; оценка лабораторных и инструментальных данных; определение индекса массы тела; определение наличия и степени АГ; установление степени активности по критериям BADSAI для АС и CPDAI для ПсА.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Б.Л.Н., 59 лет. Диагноз АС подтвержден на основании Нью-Йоркских критериев: двусторонний сакроилеит (СИ) 3 степени в сочетании с клиническими критериями. Считает себя больной на протяжении 20 лет, когда впервые появились жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника. Поражение опорно-двигательного аппарата (ОДА) проявляется в виде болезненности в грудном (ГОП), шейном (ШОП) и поясничном отделе позвоночника (ПОП), коленных, голеностопных, локтевых, тазобедренных суставах, МФС обеих кистей и отечности левого коленного сустава. Степень активности по BASDAI 8 баллов, что соответствует высокой активности АС. С 2007 года на рентгенограммах выявляются: дискоостеофиты L3-S1, артрит 1-2 степени 1 плюснефалангового сустава (ПФС) обеих стоп, тазобедренных, голеностопных и коленных суставов. Базисная терапия – метотрексат 10 мг/нед длительно. НПВС – парацетамол/ибупрофен по необходимости.

Пациентка Р.Н.А., 53 года. Диагноз ПсА подтвержден на основании критериев CASPAR: псориаз на момент осмотра 1 балл + псориагическая дистрофия ногтей 1 балл + отрицательный РФ 1 балл + дактилит 1 балл + признаки воспалительного заболевания суставов – артрит 3 степени ПФС и суставов предплюсен обеих стоп, 2-4 степени суставов обеих кистей, 3 степени обоих коленных суставов. Считает себя больной на протяжении 15 лет. Поражение ОДА проявляется в виде болезненности голеностопных суставов, правого коленного сустава, мелких суставов рук, ПОП. Степень активности по CPDAI соответствует 3 (тяжелой) степени – артрит периферических суставов более 4 суставов, распространенный папуло-бляшечный псориаз, площадь поражения больше 40%, внесезонная форма, степень прогрессирования (на момент осмотра высыпания на бедрах, спине, верхних конечностях, волосистой

части головы), дактилит. Базисная терапия – лефлуномид 20 мг/сут. НПВС Аркоксиа 60 мг/сут.

В ходе обследования у пациенток выявлены сопутствующие патологии:

Б.Л.Н.:

1. Атеросклероз аорты (повышение эхогенности корня аорты и створок аортального клапана по данным ЭХОКГ 2020 года);
2. Уплотнение ЧЛС с двух сторон (по данным УЗИ почек 2020 года)
3. Избыточная масса тела (ИМТ 28 кг/м²);
4. Хронический гастрит с эрозиями антрального отдела (по данным ФГДС 2020 года) ;
5. Ангиопатия сетчатки и синдром сухого глаза (согласно документации);
6. ГБ 2 степени II стадии риск 3, ХСН 1 по НУНА (согласно документации).

Р.Н.А.:

1. Аортальный стеноз, атеросклероз аорты, ГЛЖ, ЛГ (по данным ЭХОКГ 2013 и 2020 года);
2. Хронический пиелонефрит (уплотнение ЧЛС по данным УЗИ почек 2012 год);
3. МКБ (микролит в левой почке по данным УЗИ почек 2012 год);
4. Ожирение 1 ст (ИМТ 33,9 кг/м²);
5. Хронический гастрит (со слов пациентки);
6. Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу, синдром сухого глаза (согласно документации, с 2017 года);
7. ГБ 2 ст II ст риск 3, ХСН 1 по НУНА (согласно документации, с 2010 года);
8. Реактивная гипергликемия (согласно документации, с 2013 года);
9. Хронический панкреатит (согласно документации, с 2018 года);
10. Анемия легкой степени тяжести (по данным ОАК 2019 года);
11. Клапанная недостаточность вен нижних конечностей, варикозная трансформация БПВ (по данным УЗИ вен нижних конечностей 2019 года).

Выводы:

1. На основании литературных данных, не взирая на общность носительства антигена HLA-B27, семейных случаев и поражения ОДА в данной группе заболеваний имеются различия.

2. Различиями в поражении ОДА у данных пациенток является тот факт, что при АС наиболее значительным является поражение ШОП, ГОП, ПОП, крупных и мелких суставов, а в свою очередь при ПсА, на первое место выступает поражение мелких и крупных суставов и незначительные жалобы на болезненность в ПОП.

3. При анализе клинических случаев АС и ПсА выявлено большое количество коморбидных состояний – поражение аорты, увеличение массы тела, ГБ, ангиопатия сетчатки и хронический гастрит. Однако, у пациентки страдающей ПсА, наблюдалось более тяжелое течение вышеперечисленных состояний, а также имела гипергликемия, хронический панкреатит, анемия и

клапанная недостаточность вен нижних конечностей, что согласуется с данными литературы и действительно указывает на то, что данная группа заболеваний имеет большое количество коморбидных патологий.

4. Исходя из вышесказанного, в ведении пациентов необходим мультидисциплинарный подход, в объем обследований следует включить исследования ССС, почек, ЖКТ, органов зрения, липидного и углеводного обмена.

Список литературы:

1. Гайдукова И.З. Диагностика спондилоартритов: нужны ли нам новые критерии? / И.З. Гайдукова, А.И. Акулова, А.В. Апаркина, А.П. Ребров // Современная ревматология. – 2015. – Т.1. – №1. – С. 24–30

2. Годзенко А.А. Внескелетные проявления и показатели воспалительной активности и тяжести при анкилозирующем спондилите. / А.А. Годзенко, О.А. Румянцева, А.Г. Бочкова // Современная ревматология. – 2018. – Т.12. – №1. – С. 13–19.

3. Гроппа Л. Диагностика анкилозирующего спондилоартрита у женщин. / Л. Гроппа, О. Сырбу // Научно-практическая ревматология. – 2017. – Т.55. – №2. – С. 37-38

4. Дёмина А.Б. Голимуаб в лечении внескелетных проявлений анкилозирующего спондилита / Современная ревматология. – 2019. – Т.13. – №4. – С. 110–115.

5. Егудина Е.Д. Кардиоваскулярная патология у больных анкилозирующим спондилитом: обзор литературы и собственные наблюдения. / Е.Д. Егудина, И.Ю. Головач // Украинский ревматологический журнал. – 2018. – Т.73. – №3. – С. 44-53

6. Коротаева Т.В. Псориатический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. / Т.В. Коротаева, Ю.Л. Корсканова, Е.Ю. Логинова // Современная ревматология. – 2018. – Т.12. – №2. – С. 22-35

7. Малышенко О.С. Коморбидность при анкилозирующем спондилите. / О.С. Малышенко, Т.А. Раскина, О.А. Пирогова // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – Т.4. – №4. – С. 9-13

8. Sinnathurai P. Comorbidity in psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis. / P. Sinnathurai, R. Buchbinder, C. Hill, M. Lassere // Intern Med J. – 2018. – Т.48. – №11. – С. 1360-1368.

9. Zhao S. Comorbidity burden in axial spondyloarthritis: a cluster analysis. / S. Zhao, H. Radner, S. Siebert, S. Duffield, D. Thong // Rheumatology (Oxford). – 2019. – Т.58. – №10. – С. 1746-1754